

# **AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DA FLEBITE E FLEBITE PÓS INFUSIONAL**

Luiz Fernando de Andrade Silva<sup>1</sup>, Adriana Avanzi Marques Pinto<sup>2</sup>

[luizfas91@gmail.com](mailto:luizfas91@gmail.com)<sup>1</sup>, [dri1981@yahoo.com.br](mailto:dri1981@yahoo.com.br)<sup>2</sup>

## **RESUMO**

Flebite se caracteriza por um processo inflamatório das veias superficiais, sinalizada por edema, dor, hiperemia e endurecimento local. Buscou-se com esse estudo avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem a respeito dos sinais e sua classificação a flebite nos pacientes internados e em observação. Foram aplicados dois questionários elaborados pelos autores, na UPA e em um Hospital, de um município do interior paulista. Participaram 24 profissionais, sendo maioria mulheres, com média de idade de 44 anos e 18 pacientes, sendo 61,11% mulheres e 38,88% homens, com idade média de 60 anos. Dos profissionais, 100% da UPA e 94,12% do H, concordaram ser flebite a alteração no local de punção, a presença de hiperemia, edema, secreção purulenta, endurecimento no local ou ao redor da punção; 50% da UPA e 47,05% do H escolheram locais próximos a dobras e cateteres mais calibrosos durante a punção; 21,34% dos pacientes do H apresentaram hiperemia no local da punção, 7,34% apresentaram hiperemia mais endurecimento e os pacientes da UPA não apresentaram alteração. O local mais comum de punção foi a fossa cubital em 75% dos pacientes da UPA e em 21,45% do H. Após perda ou retirada do cateter, 14,28% dos pacientes do H apresentaram hiperemia no local da punção, 7,14% apresentaram dor mais edema e nenhum paciente da UPA apresentou alteração. É muito importante que toda equipe tenha conhecimento sobre as maneiras de se prevenir e os cuidados com a flebite, já que é um fator prolongador do tempo de internação do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** flebite, cateterismo periférico, infusões intravenosas

## **ABSTRACT**

Phlebitis segregated by a superficial spreading process, signaled by edema, pain, hyperemia and local hardening. This study sought the knowledge of the nursing staff to comply with the signs and their classification in a phlebitis in hospitalized and observing patients. Two questionnaires elaborated by the authors were applied, in the UPA and in a Hospital, in a city in the interior of São Paulo. Twenty-four women participated in the

study, with the majority of women, with a mean age of 44 years and 18 patients, being 61.11% women and 38.88% men, with a mean age of 60 years. Of the professionals, 100% of the UPA and 94.12% of the H, agreed to change the puncture situation, the presence of hyperemia, edema, purulent discharge, non-local hardening or around the puncture; 50% of the UPA and 47.05% of the H choose the locations near the most large catheters during puncture; 21.34% of patients with puncture site hyperemia, 7.34% plus hardening hyperemia and UPA patients are not altered effects. The most common puncture site was the cubital fossa in 75% of UPA patients and 21.45% of H. Most patients underwent catheterization, with 14.28% of patients with puncture site hyperemia, 7; 14% after edema and no UPA patients hearing change. It is important that women have knowledge of ways to prevent and prevent the disease, as it is a prolonged factor of the patient's length of stay.

**KEYWORDS:** Phlebitis, peripheral catheterization, intravenous infusions

## **1. Introdução**

A infusão de drogas nos pacientes durante a assistência hospitalar se dá, muitas vezes, por meio do uso de algum cateter venoso periférico (CVP) instalado pela equipe de enfermagem, e por se tratar de um procedimento invasivo, existe a possibilidade de complicações, dentre elas podendo-se destacar a flebite.

A flebite se caracteriza por um processo inflamatório na túnica íntima das veias superficiais, que pode ter como causa fatores químicos, mecânicos ou bacterianos, sinalizado por edema, dor, hiperemia e endurecimento local. Em alguns quadros mais graves, pode apresentar cordão fibroso palpável, com presença ou não de secreção purulenta no local de inserção do cateter, podendo resultar em infecção de corrente sanguínea e até mesmo na formação de trombos. Um outro agravo que pode ocorrer é a flebite pós-infusional, que se define por uma alteração no local da punção após a finalização da infusão e retirada do cateter, identificada dentro do período de 48h após a retirada do cateter (URBANETTO et al., 2017, HIGGINSON; PARRY, 2011).

O uso de escala, para acompanhamento e classificação das flebites, se mostra uma ferramenta efetiva para determinar o momento de troca do CVP e, com isso, evitar complicações e infecções. De acordo com a recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Brasil, 2017) a troca do mesmo não deve ocorrer em um intervalo inferior à 96h.

Conforme avaliação é possível prorrogar a troca do CVP para um período maior, sendo importante seguir as orientações de avaliação rotineira das condições clínicas do paciente, do sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril, pois estes são sinais que norteiam a avaliação e identificação de alterações relacionadas ao cateter (BRASIL, 2017).

Os fatores que podem contribuir para o surgimento de flebite têm relação direta com a técnica de inserção, local da punção, tamanho e tipo de dispositivo utilizado, número de tentativas de punção, tempo de permanência do cateter, uso de drogas irritantes e vesicantes além da concentração da infusão. No âmbito hospitalar esse agravo implica em interrupção do tratamento do paciente, comprometimento do prognóstico e aumento do tempo de internação (URBANETTO et al., 2017).

Desta forma, buscando a implementação de práticas seguras da terapia infusional, os órgãos nacionais e internacionais, recomendam a utilização de ferramentas que possam auxiliar os profissionais de saúde no controle de agravos relacionados à assistência a saúde, como também na segurança e satisfação do cliente. Conforme destaca a Infusion Nurses Society (INS) (2011), Infusion Nurses Society Brasil (2013) e Royal College of Nursing (2010), recomenda-se o uso das escalas “Visual Infusion Phebitis (VIP)” e a “Phebitis Scale” (OLIVEIRA; AZEVEDO; GAIVA, 2014).

Essas escalas se baseiam em sinais e sintomas, que se classificam em 4 graus: Grau 1 - presença de eritema com ou sem dor local; Grau 2 - presença de dor, com eritema e/ou edema; Grau 3 - presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e presença de cordão fibroso palpável; Grau 4 - presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e presença de cordão fibroso palpável maior que 2,5 cm, com drenagem purulenta (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2010; INFUSION NURSES SOCIETY, 2011; INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL, 2013).

A taxa aceitável de incidência de flebite na população precisa ser menor que 5%, no Brasil e estudos mostram que essa taxa pode chegar a 55,6%, não sendo encontrados relatos na literatura, nacional e internacional, de avaliação de flebite pós-infusional (INFUSION NURSES SOCIETY, 2011; INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL, 2013, URBANETTO et al., 2017).

O conhecimento da equipe de enfermagem e a identificação precoce de alterações no local da punção de um CVP torna-se importante para a redução do número de casos de flebite e flebite pós-infusional, e com isso, garantir um cuidado seguro, de qualidade, com redução de custos e tempo de internação.

Este estudo procurou avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem a respeito dos sinais e sintomas de flebite e flebite pós-infusional, sua incidência, acompanhamento e classificação. Avaliou-se o conhecimento dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em relação aos sinais e sintomas que caracterizam a flebite e a flebite pós-infusional e quais ferramentas são utilizadas no dia a dia do trabalho do enfermeiro para acompanhar e classificar os casos flebite e a flebite pós-infusional.

## **2. Método**

Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem quantitativa, realizada por meio da aplicação de dois instrumentos de coleta de dados.

O local de estudo foi um hospital que oferece atendimento de clínica médica e cuidados intensivos e uma unidade de pronto atendimento, localizados em um município do interior do estado de São Paulo. O hospital foi denominado como H e a unidade de pronto atendimento como UPA, para fins de anonimato.

O H é uma instituição estadual que realiza 100% de atendimento SUS. Recebe pacientes de vários municípios ao redor, via Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), por ser referência em atendimento de várias especialidades.

A UPA é um serviço especializado no atendimento de emergência e urgência do município, recebe muitos atendimentos de casos que necessitam administração de medicamento por via endovenosa. A complexidade dos atendimentos é variável, muitos casos ficam internados em observação, aguardando leito para internação por mais de 24h, chegando a permanecer vários dias até a resolução do caso ou seguimento para a continuidade da assistência em ambiente hospitalar.

Os participantes da pesquisa foram os pacientes em atendimento que estavam recebendo terapia endovenosa periférica, maiores de 18 e com capacidade cognitiva preservada e os profissionais da equipe de enfermagem, que trabalham nas unidades de atendimento H e UPA. Foram excluídos do estudo crianças em qualquer fase de desenvolvimento.

A coleta de dados teve duração de 7 dias ocorrendo duas vezes por semana, em dias aleatórios, nos locais de estudo, em diferentes turnos, para ser possível atingir a totalidade dos colaboradores do quadro de enfermagem - enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro instrumento foi elaborado pelos pesquisadores, não é validado e tem como foco avaliar a presença e a classificação da flebite e flebite pós-infusional. Sua aplicação teve a duração de sete minutos. Seu conteúdo foi baseado nas escalas “Visual Infusion Phlebitis (VIP)” e a

“Phebitis Scale” (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2010; INFUSION NURSES SOCIETY, 2011; INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL, 2013).

O pesquisador realizou uma visita a todos os leitos e salas de observação, com pacientes em terapia endovenosa periférica ou que tiveram o CVP retirado em até 96h.

Esse instrumento buscou avaliar os dados demográficos do paciente; dia de internação; diagnóstico médico (DX médico); drogas prescritas em uso endovenoso (EV); sua diluição e tempo de infusão; alterações no local da punção; local da punção; qual o dispositivo utilizado e calibre; número de punções e quantos profissionais tentaram para obter sucesso na punção; tempo de permanência do dispositivo; se houve perda de cateter; alterações no local da punção após perda ou retirada do cateter; classificação da flebite; notificação do agravo para o SCIH e comunicação para membro responsável da equipe de enfermagem ou médica, para avaliação e conduta, frente a alteração observada.

O segundo instrumento é um questionário de múltipla escolha, construído pelos pesquisadores, não validado, que foi aplicado a todos os membros da equipe de enfermagem. Sua aplicação teve duração de aproximadamente de cinco minutos. Seu conteúdo tomou por base as recomendações da Infusion Nurses Society (INS) (2011), Infusion Nurses Society Brasil (2013) e Royal College of Nursing (2010) (OLIVEIRA; AZEVEDO; GAIVA, 2014).

O convite para participação da pesquisa foi para todos os membros da equipe de enfermagem de plantão no momento da coleta de dados, buscando atingir a totalidade do quadro de colaboradores da enfermagem das instituições participantes.

Nesse questionário foi avaliado dados demográficos como: idade, sexo, categoria profissional, escolaridade, tempo de atuação na enfermagem, pós-graduação e local de trabalho, como também o reconhecimento de sinais e sintomas da flebite e da flebite pós-infusional.

Após a coleta de dados foi realizada a análise das respostas utilizando-se organização dos dados em busca de categorias que se repetem nas respostas, a luz da Hermenêutica Dialética, para interpretação dos dados. Em relação aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado no Comitê de Ética sob o CAAE 08261019.9.0000.8547. Após a coleta os dados foram tabulados e analisados para responder os objetivos desta pesquisa.

### **3. Resultados**

O presente trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre flebite e flebite pós-infusional, as diferentes formas de se evitar esses agravos e o que podem causá-los, como também os cuidados prestados caso haja seu surgimento. Para tanto foram visitados os leitos das unidades participantes para avaliar sua ocorrência nos pacientes internados. Participaram do estudo colaboradores da equipe de enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e de um Hospital de um município do interior do estado de São Paulo. A duração de coleta de dados foi de 2 meses.

Os setores avaliados foram, no H, os de Clínica Médica e UTI Adulto, e na UPA, os de observação masculina e feminina, totalizando-se 23 (100%) profissionais participantes do estudo.

Em relação aos dados demográficos avaliados, relativos aos participantes, do total de 6 participantes da UPA, 33,33% eram técnicos, 33,33% auxiliares e 33,33% enfermeiros. As especializações encontradas foram de Urgência e Emergência (16,16%), Centro Cirúrgico (16,16%), Saúde Pública (16,16%) e Enfermagem do trabalho (16,16%). Porém, nem todos os profissionais participantes possuíam algum tipo de especialização e um profissional possuía mais de uma especialização.

Já no H, nos setores de Clínica Médica e UTI Adulto, totalizaram-se 17 profissionais, dos quais 35,29% são técnicos de enfermagem, 41,17% são auxiliares de enfermagem, 5,88% são técnico e auxiliar e 17,65% são enfermeiros. As especialidades encontradas foram de Centro Cirúrgico (5,88%), Docência (5,88%), Urgência e Emergência (5,88%), Obstetrícia (5,88%), Administração e/ou Gestão Hospitalar (11,77%) e UTI Adulto (11,77%). Porém, assim como na UPA, nem todos possuíam especialização e um profissional possuía mais de uma especialização. Foi encontrado, nessa amostra, 66,66% profissionais do sexo feminino, destas, 68,75% trabalham no H e 31,25% na UPA. Existe, portanto, um predomínio do público feminino situação ainda muito comum na enfermagem. O público masculino, em menor número, era composto por 30,43% trabalhadores, sendo que apenas um atua na UPA. A média de idade foi de 44 anos e o tempo de atuação na enfermagem variou de dois anos há 41 anos, sendo 21,74% profissionais do sexo feminino atuantes, em menor tempo na área, sendo este de 10 anos.

#### **3.1 Avaliação do conceito de flebite e flebite pós-infusional dos colaboradores da enfermagem**

Após empregado o questionário que investigou o conceito de flebite e flebite pós-infusional, com os participantes da UPA, verificou-se que todos (100%) concordaram ser

uma alteração do cateter venoso periférico a existência de hiperemia, edema, secreção purulenta, endurecimento no local ou ao redor da punção. Do total de colaboradores do H, 94,12% consideraram alteração quando há presença de hiperemia, secreção purulenta, endurecimento no local ou ao redor da punção e 5,88% consideraram apenas quando há presença de esfaçelo, necrose ou de tecido de granulação.

Quando questionados sobre a atitude diante de uma situação de alteração no CVP, 50% dos profissionais da UPA disseram comunicar o enfermeiro de plantão na unidade ou o médico responsável, enquanto outros 50%, disseram realizar a troca do dispositivo. Já no H, 94,12% disseram comunicar o enfermeiro de plantão ou o médico responsável, porém também disseram trocar o dispositivo, mesmo o questionário possibilitando a escolha de apenas uma opção de resposta e 5,88% disseram realizar a troca do dispositivo.

Quando questionados sobre o que costumam avaliar no momento da punção, todos profissionais de enfermagem da UPA avaliam a pele ao redor do local da punção antes de realizar o procedimento, porém, mesmo com apenas uma opção a ser selecionada na questão, 50% também selecionaram a opção sobre utilizar cateter de calibre adequado ao lúmen da veia, quando possível, e se preocuparem em escolher locais que proporcionem maior conforto ao paciente.

Já no H, 23,53% escolheram locais mais próximos a dobras ou com veias mais visíveis/calibrosas, 11,76% optaram pelo cuidado de avaliar a pele ao redor do local, 17,64% disseram optar por um cateter de maior calibre, quando possível. Os demais participantes (47,05%), mesmo sendo solicitado a escolha de apenas uma alternativa optaram pela escolha de, locais mais próximos das dobras ou com veias mais visíveis/calibrosas, avaliar a pele ao redor do local e optar por um cateter de maior calibre, além de mais duas alternativas que foram, se preocupar em escolher locais que proporcionem maior conforto para o paciente e optar por um cateter de menor calibre.

Quando questionados sobre a possibilidade de maior incidência de flebite devido ao uso de scalp ou abocath, 70,58% dos colaboradores do H disseram acreditar que existe relação desse agravo com o uso do scalp, 5,88% acreditam que esse dispositivo não leva a alterações e 23,53% não sabem dizer. Já em relação ao uso do abocath, 52,94% acreditam ter relação com flebite, 41,17% não acreditam ter e 11,76% não sabem dizer.

Já em relação a UPA, 83,33% dos participantes da pesquisa acreditam que o scalp seja um facilitador da flebite, enquanto 16,66% acreditam que não. Para o abocath, 83,33% não acreditam e 16,66% diz acreditarem nessa relação.

Quando questionados sobre o tempo de troca do cateter venoso de inserção periférica, os participantes da UPA em 16,66%, acreditam não existir tempo correto, 16,66% disseram

ser em 36h, enquanto 66,66% disseram ser em 72h. Já dos colaboradores do H, 58,82% disseram 72h, 23,52% disseram 36h e 17,64% optaram por 96h. No que se refere a avaliação do local da punção, todos dos profissionais do H disseram avaliar o local da punção a cada instalação de uma nova medicação. Já na UPA, 50% disseram avaliar o local da punção a cada instalação de nova medicação e 50% avaliam o local da punção no início e no final da infusão.

Ao serem questionados a respeito da relação da flebite e o tipo de droga infundida, foram listadas algumas drogas como potencializadoras: antibióticos, glicose 10 e 5%, noradrenalina, diazepam, quimioterápicos, adrenalina, formulação intralipídica 20%, fenobarbital, aminofilina, aminoácidos, dipirona, digoxina, albumina, ranitidina, amiodarona, concentrado de hemácias, SF, hidrocortisona, plasma fresco congelado, ondansetrona, metoclopramida, ringer, complexo B, morfina, manitol, dimenidrato, heparina, cloreto de potássio, cloridrato de tramadol, furosemida, cloreto de sódio, midazolam, gluconato de cálcio, bicarbonato de sódio e fentanil. Os profissionais, nessa questão, poderiam assinalar quantas drogas julgassem potencializadoras da flebite e flebite pós-infusional.

Para os profissionais da UPA, 50% da equipe de enfermagem, disseram não conseguir escolher apenas uma ou duas drogas e disseram que todas apresentam risco para a flebite. Os outros 50% assinalaram antibióticos, quimioterápicos e glicoses 5% e 10%. Já no H, 5,88% escolheram apenas quimioterápicos, 5,88% disseram apenas glicose 10%, e 5,88% disseram apenas antibióticos. Os outros 58,82% dos participantes da pesquisa disseram ser impossível a seleção de apenas uma opção de droga, e assinalaram além de antibióticos, quimioterápicos e glicose 10%, cloreto de potássio, gluconato de cálcio, noradrenalina, bicarbonato de sódio, glicose 5%, manitol e amiodarona. As outras drogas tiveram grande variação entre as respostas.

Todos (100%) dos participantes do H e da UPA afirmaram realizar a troca do acesso quando identificado a flebite. Por fim, os colaboradores foram questionados se o tempo de gotejamento ou velocidade de infusão favorecerem a ocorrência de flebite. Todos (100%) da equipe da UPA responderam acreditar ser esse um fator que colabore para a ocorrência de flebite. Já no H, 82,35% disseram acreditar nessa relação, 11,76% não, e 5,88% não souberam dizer.

### **3.2 Avaliação da presença e classificação da flebite e flebite pós-infusional dos pacientes internados e em observação**

O segundo instrumento aplicado no estudo foi realizado mediante avaliação dos pacientes, por meio de visita aos leitos e consulta em prontuário, pelo pesquisador. Foram



excluídos apenas os pacientes com algum tipo de precaução, menores de idade ou pacientes com alguma incapacidade cognitiva. Desse modo, totalizaram-se 18 pacientes, sendo 14 avaliados no H, divididos entre os setores da Clínica Médica e UTI Adulto e quatro na UPA.

Do montante dos pacientes avaliados, 61,11% eram mulheres e 38,88% homens. A média de idade foi de 60 anos. O tempo de internação dos pacientes, no H, variou de um até 24 dias. Já na UPA, todos estavam internados há 24 horas.

Os Diagnósticos médicos encontrados foram: hiperplasia prostática (5,55%), AVCE (Acidente Vascular Cerebral Encefálico) extenso + HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), (5,55%), DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) + AVCE (Acidente Vascular Cerebral Encefálico) extenso + epilepsia (5,55%), ICC (Insuficiência Cardíaca Congestiva) com FE (Fração de ejeção) preservada, DM (Diabetes Mellitus) + HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) + pneumonia + choque séptico (5,55%), derrame pleural (5,55%), IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) antero septal + FA (Fibrilação Atrial) crônica (5,55%), paralisia cerebral + BCA (Bócio Colóide Adenomatoso) a direita (5,55%), pneumonia + Síndrome broken heart + obesidade + síndrome do pânico (5,55%), acidose metabólica grave + leucocitose com desvio (5,55%), polirradiculoneurite (5,55%), tetraplegia + ITU (Infecção do Trato Urinário) + Escara infectada (5,55%), TCE (Trauma Crânioencefálico) com comprometimento tronco lesão axional difusa (5,55%), ICC + HAS + IRC (Insuficiência Renal Crônica) agudizada + anemia (5,55%), DPOC descompensado + ITU (5,55%), DM + HAS (5,55%), cetoacidose diabética + hipoglicemia (5,55%), febre a esclarecer (5,55%) e CA de próstata + enterorragia + convulsão.

Das medicações em uso, as que mais apareceram no hospital foram, NaCl (Cloreto de Sódio) 0,9% + SF (Soro fisiológico) 500 mL 1 bolsa de 12/12h ou 8/8h além de dipirona sódica 500 mg/mL 1 ampola 6/6h e bromoprida 5 mg/mL 1 ampola 8/8h, em 10 (71,43%) dos 14 pacientes visitados. Já na UPA houveram apenas: SF 0,9% 500 mL para furosemida 10 mg/mL ampola de 2 mL, insulina regular 100 UI/mL 10 mL, SF 0,9% 100 mL para dipirona 500 mg/mL ampola de 2 mL, morfina 10 mg/mL ampola de 1mL em SF 0,9% 500 mL fenitoína sódica 50 mg/mL ampola 5 mL e escopolamina ampola 20 mg/mL 1 mL em SF 0,9% 500 mL.

Em relação a alteração no local da punção, dos 14 pacientes internados no H, 7,14% apresentaram hiperemia e endurecimento e estavam internados há 16 dias, 21,34% apresentaram hiperemia, sendo que um estava internado há 24 horas e outros dois, há 10 e 14 dias. O restante (71,43%) não apresentaram alteração.

O local de punção mais comum foi a fossa cubital, encontrado em 75% pacientes da UPA e em 21,42% pacientes internados no H. Apenas 7,14% dos acessos dos pacientes do H tinham marcação e data, uso de abocath nº 22, 42,85% estavam com cateter sem identificação e 50% dos pacientes em uso de PICC. Já na UPA, 25% tinham marcação e data, uso de abocath nº 20 e 75% não tinham marcação e data.

Quanto ao tempo de permanência do cateter, 55,55% dos pacientes estavam com o cateter apenas há 24 h, sendo 100% dos pacientes da UPA e 42,85% dos pacientes do H, salvo aqueles com PICC, que variaram de 24 h, 36 h, 48 h, 72 h e 11,11% pacientes há mais de 7 dias.

Em relação ao número de tentativa de punção, de acordo com dados referidos por paciente e/ou familiar internado no H, apenas 7,14% tiveram mais que uma tentativa de punção, porém pelo mesmo funcionário. Já na UPA, todos foram puncionados apenas uma vez e por um profissional, de acordo com relato verbal. Fato interessante é que, em ambas as unidades participantes, não foram encontradas anotações de enfermagem referente ao procedimento de punção, que descrevesse local, horário, número de tentativas e outros dados importantes. Após perda ou retirada do dispositivo, 14,28% dos pacientes internados no H apresentaram hiperemia e 7,14% apresentou dor e edema. Já na UPA, os pacientes não apresentaram alteração pós perda ou retirada do dispositivo. Em relação a classificação da flebite, apenas 21,42% dos pacientes, que se encontravam internados no H apresentaram grau 1, todo o restante, das duas instituições foram classificados em grau 0.

#### **4. Discussão**

De acordo com a literatura, a caracterização da flebite se dá por dor, edema, hiperemia, endurecimento, presença de cordão fibroso e, em alguns casos, podendo ou não ter a presença de secreção purulenta (URBANETTO et al., 2017). A visão da equipe de enfermagem de ambos os locais a respeito da caracterização da flebite e alteração da punção não se distancia daquela trazida pela literatura, já que mais de 90%, tanto do H como da UPA, disseram concordar com a dor, edema, hiperemia, endurecimento e presença de cordão fibroso sendo uma alteração.

Quando se fala no procedimento de cateterização periférica de pacientes, por meio de CVP, seja ele scalp ou abocath (jelco), que é uma prática rotineira da enfermagem nas unidades hospitalares e de pronto atendimento, para infusão de medicação diretamente na corrente sanguínea, e por essa prática estar relacionada de forma direta à flebite, é preciso atenção, já que não é tão simples quanto parece, apesar de rotineiro. Exige, além de

competência técnica e teórica, destreza manual, conhecimentos de anatomia e fisiologia do sistema vascular, como de farmacoterapia para se saber qual ou quais drogas estão se infundindo no paciente, e se aquela região anatômica escolhida é a melhor opção (URBANETTO et al., 2016).

De acordo com a técnica e alguns Procedimentos Operacionais Padrão (POP), como o do HU - UFSC (2017), existem alguns pontos importantes para escolha do local da punção, para manter uma boa infusão da droga, sem efeitos adversos, como a flebite. Um deles é o momento de palpar a rede venosa para escolha da melhor veia. A preferência é por vasos mais calibrosos, mais visíveis e distantes das articulações, dando maior conforto ao paciente, não atrapalhando a movimentação e as indicações são: cefálica, basílica, mediana, intermediária do antebraço, plexo venoso do dorso da mão, sentido distal proximal, além do cateter adequado ao calibre da veia, já que quanto maior o calibre do cateter, maior o risco de flebite (ANVISA, 2017; PASSO; VOLPATO, 2015).

Curiosamente, 70,58%, dos profissionais do H disseram escolher veias mais calibrosas, porém, optam por locais mais próximos à dobra, como a fossa cubital, que também foi o local em que mais da metade dos pacientes apresentavam o cateter de inserção periférica. Como o manual da ANVISA (2017) traz, escolher locais próximos a dobras não é uma boa opção para se evitar efeitos adversos como a flebite. Dessa forma, pode-se orientar aos profissionais sobre os malefícios das escolhas erradas, além da limitação de movimento para o paciente.

Além dos fatores de cuidados iniciais e local de escolha, o tipo de material do cateter também é importante. Os profissionais acreditam que scalp tenha maior relação por ser menos flexível e menor, o que não está errado, como mostram os estudos. Contudo, de acordo com Milutinović et al. (2015) e ANVISA (2017), a incidência de flebite está no tipo de material que o cateter é fabricado, já que ao utilizar o cateter produzido com PTFE (Politetrafluoretileno, Teflon) a incidência de flebite é 30% maior do que quando utilizado cateter produzido com poliuretano, que são mais flexíveis, já que ambos materiais são utilizados para confecção do abocath. Os profissionais entrevistados, em sua grande maioria, tanto da UPA (83,33%), quanto do H (70,58%) acreditam mais na relação do scalp e flebite. Na relação abocath e flebite, 52,94% da equipe participante do H acredita, contra apenas 16,66% da UPA. Porém, não foi discutido em relação ao material utilizado para fabricação do dispositivo.

No mesmo estudo realizado por Milutinovic et al. (2015), 71,3% dos profissionais de enfermagem com ensino secundário e 14 35,8% com graduação e mestrado, não sabiam

dizer que tipo de material e dispositivo causam maior risco de flebite, o que mostra despreparo por parte da equipe.

A respeito do tempo de permanência do cateter, a grande maioria dos padrões de segurança do paciente e boas práticas, considerarem a substituição do cateter venoso periférico a cada 72-96 horas. A ANVISA (2017) também recomenda que o cateter não seja removido antes de 96 horas, removê-lo na inexistência da prescrição de medicação endovenosa e inutilização do acesso nas últimas 24 horas. Milutinović et al. (2015) trouxeram que 57,2% dos profissionais acreditam que o cateter não deva permanecer por um tempo superior há 72 horas. Em comparação à amostra estudada, grande parte dos trabalhadores participantes, tanto da UPA (66,66%), quanto do H (58,82%), consideraram substituir o cateter a cada 72-96 horas.

Quando se relaciona flebite e a solução infundida, aquelas hipertônicas com osmolaridade acima de 450 mOsm/L e com  $\text{pH} < 5$ , são diretamente relacionados as maiores frequências de casos. Vancomicina, devido ao pH entre 2,5 e 4,5 também é um antibiótico altamente lesivo ao vaso, bem como o Benzilpenicilina, altamente irritativo. Soluções de glicose acima de 10% também são conhecidas como fatores de risco (COSTA et al., 2017).

Marinho e Rodrigues (2008) estudaram a ocorrência de flebite em paciente sob utilização de amiodarona endovenosa e concluíram que, de sua amostra, 55% apresentou flebite. Dentre as opções de medicação listadas no referido trabalho, para que os profissionais assinalassem, quais acreditavam ter maior relação com a flebite, amiodarona era uma delas e, apenas 4,16% dos participantes da pesquisa selecionaram a opção, dizendo ter o conhecimento da sua relação com o problema. Essa medicação é utilizada para tratamento de arritmias ventriculares e supraventriculares, fibrilação atrial, flutter e taquicardia ventricular refratária. Sua diluição deve ser feita em 250 mL de SG 5%. Ainda em comparação com o estudo de Milutinović et al. (2015), 88,2% acreditam que glicose a 10% é uma medicação de alta incidência de flebite e 90,19% acreditam ser glicose a 5%. Outro fator de grande importância relacionado à flebite é a infusão muito rápida de drogas ou o tempo de gotejamento, podendo ser classificada como flebite química. Dessa forma, os profissionais de ambos os locais estão certos ao afirmarem que esse é um fator que favorece a ocorrência de flebite, já que 100% da UPA acreditam nesse fator e 82,35% de H também disseram acreditar (NOBRE; MARTINS, 2018).

Inocêncio et al., (2017) em um estudo com 80 pacientes, mostram a presença de rubor em 93,2% dos casos, edema em 90,9% dos casos e cordão venoso palpável em 81,8%, Dos pacientes encontrados na UPA, nenhum apresentou alteração no local da punção.

Um estudo mostra que o local de preferência da equipe para a punção é o dorso da mão, seguido pelo antebraço e fossa cubital. A preferência pela fossa cubital também ficou comprovada por parte dos profissionais, já que, no momento de visita dos leitos, 75% dos pacientes do UPA estavam com o cateter neste local, contra apenas 21,42% dos pacientes de H (NOBRE; MARTINS et al., 2018).

Inocêncio et al (2017) trazem que 68,6% de sua amostra foi classificada como flebite grau 0 e apenas 4,3% em grau 1. Já no referido trabalho 21,42% apresentaram flebite grau 1 e o restante da amostra, grau 0. A literatura aponta vários fatores para a ocorrência de flebite nos seus diferentes graus de classificação, como técnica de punção inadequada, local de punção inadequado (próximo a machucados, queimaduras, entre outros), tipo e tamanho de dispositivo inadequado para o calibre do vaso, tempo de permanência do cateter, uso de drogas irritantes e vesicantes, idade avançada, doenças pré – existentes, entre outros. Com essa pesquisa foi possível observar algumas falhas da equipe de enfermagem participante, principalmente em relação ao momento de escolha do local da punção. Como observado, 23,53% dos profissionais do H disseram escolher locais mais próximos das dobras ou com veias mais visíveis/calibrosas. Como a literatura mostra, escolhas de locais próximos a dobras são um dos fatores facilitadores da ocorrência da flebite. Além disso, 47,05% dos profissionais do H, além de optarem por locais mais próximos a dobras, disseram escolher cateter de calibre mais grosso quando possível, que é outro fator para o aparecimento da flebite. Já na UPA, 50% dos participantes optaram por um cateter mais calibroso. Pode-se perceber, com isso, que existe falta de informação por parte dos participantes da pesquisa, levando, muitas vezes, ao aparecimento de problemas como a flebite, que foi o principal objeto de estudo deste trabalho.

## **5. Conclusão**

A flebite é uma das complicações mais usualmente encontradas na prática da inserção de cateteres intravenosos periféricos utilizados na assistência ao paciente. Devido a pequena amostra participante do trabalho, pode-se justificar a diferença entre alguns achados do estudo e da literatura, pois não foi identificado como um problema significativo na prática clínica da equipe de enfermagem, dos setores participantes da pesquisa, mostrando-se como um vize e apontando para uma ampliação da coleta de dados, que foi prejudicada pela demora em iniciar a pesquisa, devido aos trâmites burocráticos que envolvem pesquisas com seres humanos.

Boa parte da equipe participante, no momento de cateterização do paciente, acaba por escolher locais próximos a dobras, motivo de restrição do movimento do paciente além de não trazer conforto, e cateteres mais calibrosos, que são fatores colaboradores para o

aparecimento de flebite, o que é um fator preocupante diante à assistência prestada aos pacientes e em relação a sua segurança. Portanto, se faz necessário maior conhecimento em relação ao tipo de cateter utilizado, o calibre, tipo de material, como o tipo de medicação a ser infundida, além dos cuidados quando já existe a flebite.

É de grande importância que toda a equipe tenha conhecimento a respeito das maneiras de se prevenir e quais os cuidados com a flebite, já que a mesma é considerada uma iatrogenia podendo prolongar o tempo de internação do paciente, causando até mesmo esclerose de vaso sanguíneo entre outros, ocasionando, assim, impacto direto na qualidade da assistência e segurança do paciente (COSTA et al, 2017). Todos os riscos são possíveis de serem evitados, existindo conscientização, por meio de educação permanente, e seriedade por parte da equipe, no momento da assistência diária, evitando-se assim os desconfortos ocasionados ao paciente e não só a flebite.

## 6. Referências

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionad+a+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

COSTA, A. S.; FRANÇA, E. C. P.; PAULA, R. A. B **Revista Eletrônica Acadêmica**, n. 23, dez 2017. p. 60-89.

GADEMAR, H.G. Da palavra ao conceito: a tarefa da hermenêutica enquanto filosofia. In: ALMEIDA, C. L. S. (Org.) **Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans Georg Gadamer.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. p. 13-26.

HIGGINSON, R, PARRY, A. Phlebitis: treatment, care and prevention. **Nursing times**. v. 107, n. 36, 2011. Early online publication.

INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL. Brasil. **Diretrizes práticas para terapia infusional.** São Paulo, 2013. p. 94.

INFUSION NURSES SOCIETY (US). **Infusion nursing standards of practice.** J Infus Nurs. v. 34, n. 1, jan/feb 2011. p. 1-100.

INOCÊNCIO, et al. Flebite em acesso intravenoso periférico. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 24, n. 1, jan/mar, 2017. p. 105-109.

MILUTINOVIC, et al. Fatores de risco para flebite: estudo com questionário sobre a percepção dos enfermeiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 4, jul/ago, 2015. p. 677-684.

NOBRE, A.S.P; MARTINS, M.D.S. Prevalência de flebite da venopunção periférica: fatores associados. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 16, jan/mar, 2018. p. 127-138.

OLIVEIRA, D.F.L; AZEVEDO, R.C.S; GAIVA, M.A.M. Diretrizes para terapia intravenosa no idoso: pesquisa bibliográfica. **Rev. Pesq. Fudam. Care. Online**. v. 6, n. 1, jan/mar, 2014. p. 86-100.

ROYAL COLLEGE OF NURSING (UK). Standards for infusion therapy. 3rd ed. London, 2010. Available from: <<http://www.bbraun.it/documents/RCN-Guidlines-for-IV-therapy.pdf>>. Cited in 18 jul. 2018.

URBANETTO, J. S. et al. Incidência de flebite e flebite pos-infusional em adultos hospitalizados. **Rev Gaucha Enferm.** v. 38, n. 2, 2017.

URBANETTO, J. S. et al. Incidência de flebites durante o uso e após a retirada de cateter intravenoso periférico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2016. p. 1-9.

VOLPATO, A. C. B; PASSOS, V. C. S. Técnicas básicas de enfermagem, 4º ed. São Paulo: Editora Martinari, 2015.